

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Łosicach

o stanie zdrowia ucznia dla celów rozpatrzenia wniosku

o wydanie **opinii o objęciu ucznia zindywidualizowaną ścieżką kształcenia**

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. 2017, poz. 1591).

Zgodnie z w.w. rozporządzeniem zindywidualizowana ścieżka kształcenia jest organizowana dla uczniów, którzy mogą uczęszczać do przedszkola lub szkoły, ale ze względu na trudności w funkcjonowaniu wynikające ze stanu zdrowia nie mogą realizować wszystkich zajęć wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym i wymagają dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych.

Imię i nazwisko dziecka

PESEL

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Szkoła, klasa

Rozpoznanie choroby lub innej przyczyny powodującej, że stan zdrowia ucznia utrudnia funkcjonowanie w przedszkolu lub szkole:

.....
.....
.....

Wpływ przebiegu choroby na funkcjonowanie ucznia w przedszkolu lub szkole:

.....
.....
.....
.....
.....

Ograniczenia w zakresie możliwości udziału ucznia w zajęciach wychowania przedszkolnego lub zajęć edukacyjnych wspólnie z oddziałem przedszkolnym lub szkolnym:

.....
.....
.....
.....
.....

Sugerowany **okres objęcia ucznia** zindywidualizowaną ścieżką, **nie dłuższy jednak niż rok** szkolny

.....

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)